

E r k l ä r u n g
über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreff: Unfall vom _____

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und sonstigen Behörden.

Ich erkläre mich einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten der bevollmächtigten *Anwaltskanzlei Borchert, Mauerstraße 5, 06679 Hohenmölsen*, Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

_____, den _____

Unterschrift (Vor- und Zuname)